MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

SOLICITUD DE REINTEGRO DE PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL ABONADA EN RÉGIMEN DE PAGO DELEGADO Y NO DEDUCIDA EN LOS BOLETINES DE COTIZACIÓN

Puede realizar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (*http://sede.seg-social.gob.es*), por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS), solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en *www.seg-social.es*.

1.- DATOS DE LA EMPRESA

Nombre y apellidos de la persona que solicita la devolución			DNI - NIE - Pasaporte	Cargo desempeñado en la empresa	
Razón social / Denominación de la empresa			Dirección de correo electrónico		
CIF / NIF Empresa	Código de Actividad (CNAE 09)	Régimen de la Seguridad Social	Código Cuenta de Cotización (CCC)		
Domicilio (calle o plaza)			Número	Bloque	Escalera / Piso / Puerta
Localidad	Provincia		Código postal	Teléfono	
Entidad responsable de Contingencias Comunes		Entidad responsable de Contingencias Profesionales			

2.- DATOS ENTIDAD FINANCIERA

Código IBAN (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	CCC			
		ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

Nombre de la Entidad Financiera	Domicilio (calle o plaza y número)
Localidad	Provincia

3.- DATOS DE LOS TRABAJADORES

Nombre y apellidos	DNI - NIE - TIE	Fecha de la baja	Base Reguladora	Periodo solicitado		Importe solicitado
				Desde	Hasta	

..... , a ..... de ..... del 20.....

Firma y sello

SOLICITUD DE REINTEGRO DE PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL ABONADA EN RÉGIMEN DE PAGO DELEGADO Y NO DEDUCIDA EN LOS BOLETINES DE COTIZACIÓN

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑARSE A LA PRESENTE SOLICITUD

Esencial:

- Documentación original acreditativa del poder de representación de la empresa ostentado por la persona solicitante, (y en su caso DNI-NIE-Pasaporte).
- Parte médico de baja (modelo P-9) y último parte de confirmación correspondiente al periodo solicitado de devolución de subsidios de incapacidad temporal no deducidos, total o parcialmente, en boletines de cotización. Si se hubiese producido el alta del trabajador/a, parte de alta correspondiente al proceso de incapacidad temporal.
- Recibos salariales justificativos de los importes abonados por la empresa y percibidos por el trabajador, en concepto de subsidio de incapacidad temporal, durante los meses en los que se solicita la devolución de subsidios de incapacidad temporal no deducidos, total o parcialmente, en los boletines de cotización.

No esencial:

- Certificación original emitida por la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social, en la que se certifique la situación de la empresa respecto al ingreso de cotizaciones.
- Boletines de cotización (modelos TC1 y TC2) correspondientes a:
  - Mes anterior al inicio de la baja (en su caso, el correspondiente al mes de inicio de la baja). Para trabajadores con contrato a tiempo parcial se deberán adjuntar los boletines de cotización correspondientes a los tres meses anteriores al mes de la baja.
  - Meses para los cuales se solicita devoluciones de deducciones de subsidios de incapacidad temporal no deducidos en boletines de cotización.
  - Mes posterior a la finalización del periodo para el cual se solicita devolución de deducciones.

20220318

C-067 cas V.3